

受付年月日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
------	--------------------------

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日		

被保険者 海外療養費支給申請書 (第 〇 回目)
被扶養者

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか
これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の 記号・番号	第 〇 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の 名称	所在地	〒	電話
傷 病 名			発病又は負 傷の年月日	年 月 日	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因					
傷 病 の 経 過					
診療を受けた医 療機関の名称・ 所在地及び医師 の氏名	名称 氏名	所在地 及び電 話番号	〒		
診 療 の 内 容			診療に要し た費用の額	円	
診 療 の 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	入 院 の 場 合、 左記の入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間		
療養が被保険者 の選定に係る特 別の病室の提供、 その他厚生労働 大臣が定める療 養を含むときは その旨					
療養の給付を受 けることができ なかった理由					
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実 と届出 の有無	加害者の氏名	〒		
		加害者の住所	〒		
被扶養者に関 する申請のとき	氏 名	生年 月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	銀行 金庫 信組		店・本店 支店・出張所		
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義		
上記のとおり申請します。			年 月 日		
住所 〒		被保険者の 氏名			
日本飛行機 健康保険組合理事長 殿		被保険者個人番号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)			

領収（診療）明細書

区分

患者氏名		傷病名		診療期間	自	年	月	日	診療日数	日	
初診	時間外・休日・深夜	回	点	検査	回						
再診	再診	×	回	検査	薬 剤						
	外来管理加算	×	回		画像断	回					
	時間外	×	回	その他		薬 剤					
	休日	×	回		入院年月日	年 月 日					
深夜	×	回	病 診	入院基本料・加算 点							
医学管理		回		投薬	× 日間						
在宅	往診		回		注射	× 日間					
	夜間		回	処置		× 日間					
	深夜・緊急		回		手麻酔	× 日間					
在宅患者訪問診療		回	食事・生活環境	円 × 回							
その他		回		合計	円 × 回						
投薬	内服薬	×	単位		特別食環境	円 × 回					
	外用薬	×	単位	減・免・猶・I・II・3月超							
薬	処方	×	回	合計	円						
	麻酔	×	回		特定入院料・その他						
注射	皮下		回								
	筋肉内		回								
処置	静脈内		回								
	その他		回								
手麻酔	薬		回								
	剤		回								

(注意事項)
 3.2.1.1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてください。
 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を
 交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地 〒

医師の氏名

私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した 被保険者 療養費のうち
 被扶養者

金 円也の受領に関すること。 年 月 日

住所 〒
 被保険者の 氏名

住所 〒
 代理人の 氏名

委任者と代理人との関係

振込希望の金融機関名

銀行・金庫・信組

店・本店
支店・出張所

普通当座 口座番号

フリガナ
口座名義

領収書

金 円也但し

うえの金額を領収いたしました。 年 月 日

日本飛行機 健康保険組合理事長 殿

住所 〒
 受領者 氏名

日本飛行機健康保険組合

歯科診療の概要報告について

首題の件、外国で歯科診療を受けられた場合、健康保険法に基づき診療報酬を裁定していますが、外国のレセプトだけでは不明確なところがあります。適正な診療報酬を裁定するため、診療の概要報告書を海外療養費支給申請書に添付し、提出するようお願いいたします。

以上

年 月 日

日本飛行機健康保険組合 殿

被保険者名

歯科診療の概要報告について

首題の件について下記の通り診療概要を報告いたします。

記

1. 抜歯した歯には×印を、処置した歯には○印をつけてください。

Permanent Teeth (永久歯) R. $\frac{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1} \mid \frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}$ L.	Deciduous Teeth (乳歯) R. $\frac{e\ d\ c\ b\ a}{e\ d\ c\ b\ a} \mid \frac{a\ b\ c\ d\ e}{a\ b\ c\ d\ e}$ L.
---	--

2. どのような処置をしましたか？またどんな材料を使用しましたか？

X線撮影、歯石の除去、歯を削り詰めた、神経を抜いた、義歯を入れた、手術をした、治療後冠をかぶせた、材料名（銀合金、アマルガム等）等、内容を記入してください。

年 月 日	歯 NO	診療内容（治療・処置） / 材料名

Form A
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization/ outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of patient(Last, First) Age(Date of Birth) Sex(Male . Female)
患者名 _____ 年令(生年月日) _____ 性別(男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号(裏面参照)
3. Date of First Diagnosis : _____ , 20 _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ , 20 _____ to _____ 20 _____ (days)
入院 自 _____ 至 _____ (日間)
 Out patient or Home Visit : _____ , 20 _____ , 20 _____
入院外 _____ , 20 _____ , 20 _____
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)
処方, 手術その他の処置の概要
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and /or Attending physician : Form B
治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 First 名
Address 住所 : Home 自宅 Phone _____
Office 病院又は診療所 Phone _____
Date 日付 _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$ _____	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$ _____	
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$ _____	
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____	
(6) Consultation	診察費	\$ _____	
(7) Operation	手術費	\$ _____	
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$ _____	
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ _____	
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____	
(11) Medicines	医薬費	\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$ _____	
(13) Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____	
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
(16) Total	合計	\$ _____	\$ _____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.
注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last First Title
名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone
住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date Signature
日付 署名

FormA・様式A

様式Aに対する翻訳文

1.患者名

3.4. 初診日・診療日数

6.症状の概要

7.処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

電話

FormB・様式B

様式Bに対する翻訳文

患者名

(10)諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11)医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15)その他(特記事項)

翻訳者

住所

氏名

電話
